

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1902-1903. — N° 82

L'INFECTION ÉBERTHIENNE

ET

LA GLANDE THYROÏDE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 23 Décembre 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Amable COISSARD

Né le 2 Juillet 1880, à Allègre (Haute-Loire),

Élève à l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

A. REY & C^o, IMPRIMEURS-ÉDITEURS DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Décembre 1902

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1902-1903. — N° 82

L'INFECTION ÉBERTHIENNE

ET

LA GLANDE THYROÏDE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 23 Décembre 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Amable COISSARD

Né le 2 Juillet 1880, à Allègre (Haute-Loire),
Élève à l'École du Service de Santé Militaire.

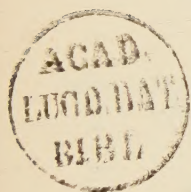


LYON

A. REY & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Décembre 1902



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LACASSAGNE. ASSESSEUR.
CROLAS. QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE. BONDET. BARD.
Cliniques chirurgicales	{	PONCET. JABOULAY.
Clinique obstétricale et Accouchements		FOCHIER.
Clinique ophtalmologique		GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GAILLETON.
Clinique des maladies mentales		PIERRET.
Clinique des maladies des enfants		WEILL.
Physique médicale		MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique		HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie		CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique		FLORENCE.
Parasitologie		LORTET.
Anatomie		TESTUT.
Anatomie générale et Histologie		RENAUT.
Physiologie		MORAT.
Pathologie interne		TEISSIER.
Pathologie externe		AUGAGNEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales		MAYET.
Anatomie pathologique		TRIPIER.
Médecine opératoire		POLLOSSON (M.).
Médecine expérimentale et comparée		ARLOING.
Médecine légale		LACASSAGNE.
Hygiène		COURMONT (J.).
Thérapeutique		SOULIER.
Pharmacologie		CROLAS.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes	MM. POLLOSSON (A.), agrégé.
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale.	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Physiologie	DOYON, —
Accouchements.	FABRE, —
Botanique.	BEAUVISAGE, —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
ROUX.	SIRAUD.	BÉRARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.	NOVE-JOSSERAND	CHATIN.	CAUSSE, ch...
VALLAS.			

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. SOULIER, *Président*; ROQUE, *Assesseur*;
MM. SAMBUC et COURMONT (P.), *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

en témoignage de ma profonde affection.

A MON GRAND-PÈRE

A MA TANTE

A MES SŒURS

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR SOULIER

Professeur de Thérapeutique à la Faculté,
Médecin honoraire des Hôpitaux.
Membre correspondant de l'Académie de Médecine.

A MONSIEUR LE MÉDECIN-MAJOR NICLOT

Répétiteur à l'École du Service de Santé Militaire.

L'idée première de ce travail revient à M. le Médecin major Niclot, répétiteur à l'École du Service de santé militaire. Pendant notre séjour à l'école, il nous a été donné d'apprécier sa grande bienveillance. Nous tenons à lui exprimer toute notre reconnaissance pour les bons conseils qu'il nous a prodigués.

M. le professeur Soulier nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Qu'il veuille bien agréer l'expression de notre respectueuse gratitude.

Nous devons remercier aussi tous ceux de nos maîtres qui se sont intéressés à nous au cours de nos études médicales.

Pendant notre séjour à Lyon, nous avons trouvé chez nos cousins M. et Mme Beinier un accueil cordial et affectueux. Nous sommes heureux de leur adresser nos plus sincères remerciements.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

DIVISION DU SUJET

HISTORIQUE. — *Introduction.*

PREMIÈRE PARTIE. — *Notions étiologiques générales.*
— *La présence antérieure d'un goitre est-elle
nécessaire à la localisation de l'infection
éberthienne sur le corps thyroïde?*

DEUXIÈME PARTIE. — *Thyroïdites compliquant une
infection éberthienne à type fièvre typhoïde.*

Chapitre premier. — Thyroïdites conjonctivo-
vasculaires avec suppuration.

1° A bacilles d'Éberth ;

2° Avec infection secondaire ;

3° A pus stérile.

Chapitre II. — Thyroïdites conjonctivo-vascu-
laires sans suppuration.

Chapitre III. — Thyroïdites à type parenchyma-
teux et fonctionnel (myxœdème et maladie
de Basedow).

TROISIÈME PARTIE. — *Thyroïdites compliquant une
infection éberthienne sans fièvre typhoïde
diagnostiquée.*

CONCLUSIONS.

L'INFECTION ÉBERTHIENNE

ET

LA GLANDE THYROÏDE

INTRODUCTION. — HISTORIQUE

L'infection éberthienne limite généralement ses lésions à l'intestin et aux organes lymphoïdes, mais elle peut aussi frapper la plupart des organes du corps humain, soit que son agent pathogène fasse lui seul toute la complication, soit qu'il ouvre la porte à des infections secondaires. C'est ainsi qu'il nous est donné journellement d'observer des complications sur l'appareil circulatoire, l'appareil respiratoire, le péritoine, le cerveau, les organes glandulaires. On connaît des cas de parotidites, d'orchites, de mammites et d'ovarites consécutives à une fièvre typhoïde. Il semble même que le poison typhique ait une prédilection particulière pour les glandes vasculaires sanguines et, comme telle, la glande thyroïde doit être susceptible de subir des altérations au cours d'une infection éberthienne. D'ailleurs, toutes les maladies infectieuses peuvent compter la thyroïdite et la strumite au nombre de leurs complications. Le rhumatisme articulaire aigu, les accidents

puerpéraux, le paludisme, la tuberculose, etc., peuvent donner des déterminations thyroïdiennes, mais, d'après Kocher, ce sont les affections du tube digestif et la fièvre typhoïde, en particulier, qui ont le rôle étiologique le plus important.

A l'heure actuelle, si l'on en croit Jeanselme, on pourrait réunir une centaine de cas de thyroïdites typhiques et il est permis de s'étonner de ce que cette complication, relativement fréquente, n'ait pas attiré l'attention des anciens observateurs.

Les thyroïdites aiguës sont, en effet, étudiées depuis peu. Autrefois on attribuait au refroidissement le plus grand nombre de ce qu'on appelait des goitres aigus et Nélaton écrivait encore, il y a moins de cinquante ans : « L'inflammation pure et simple de la glande thyroïde est une affection rare et dont on chercherait vainement dans les auteurs une description complète. »

Au siècle dernier cependant, Marc-Aurèle Séverin aurait signalé une suppuration thyroïdienne découverte à l'autopsie d'un tuberculeux, et Jeanselme cite plusieurs auteurs, tels que Mauchard, Petit, Monteggia, Franck et Convudi comme ayant observé, à peu près à la même époque, des abcès de la glande thyroïde.

Mais il faut arriver en 1850 pour trouver, dans les travaux de Lebert et de son élève Baumann et dans la communication de Bauchet à la *Gazette hebdomadaire* en 1857, une étude un peu sérieuse des suppurations de la glande thyroïde saine ou goitreuse. Depuis, de nouvelles observations ont été publiées. Les auteurs allemands en particulier se sont occupés de la question, car si la thyroïdite est excessivement rare en France,

elle paraît beaucoup plus fréquente en Allemagne et en Suisse. Lebert, en 1862, cite six observations de thyroïdites typhiques. Libermeister cite 15 cas dont 6 suppurés. Griesinger ayant cherché systématiquement les lésions thyroïdiennes chez les typhiques cite 4 abcès sur 118 autopsies. Kocher cite 3 cas. De nos jours l'affection a été étudiée dans les thèses de MM. Garnier, Pinchaud, Rascol, dans les mémoires de MM. Charvot et Forgue et enfin dans le travail de M. Jeanselme.

Les découvertes pasteurienues ont marqué le début d'une ère nouvelle dans l'étude des thyroïdites typhiques. Charvot disait avant que l'analyse bactériologique ait été pratiquée pour la première fois : « Si on veut creuser plus profondément le problème et fixer la pathogénie des goîtres aigus apparaissant au cours de la fièvre typhoïde, on se trouve en face d'obscurités où l'histologie seule pourra faire le jour. Il faudrait, en effet, pour lever les doutes que le microscope montrât dans la trame de la glande thyroïde enflammée, dans le pus issu de sa fonte purulente, le microbe typhique, le bacille d'Eberth ou de Klebs. » Il était permis de ne voir dans les thyroïdites survenues dans la convalescence de la fièvre typhoïde qu'une pure coïncidence, la fièvre typhoïde en affaiblissant l'organisme rendant seulement le corps thyroïde plus susceptible sans le frapper elle-même. Cette opinion pouvait même s'appuyer sur ce fait que la fièvre typhoïde passait autrefois pour une affection amenant très rarement la suppuration, tandis que les thyroïdites observées dans le cours d'une dothiéntérie sont le plus souvent des lésions

suppuratives. Aujourd'hui les bacilles ont été trouvés. En 1883, Woelfer découvrait le premier des micro-organismes dans le pus des abcès thyroïdiens. Depuis le bacille d'Eberth a été trouvé à l'état pur par Colzi, Kocher, Dupraz, Bertarelli et chez le malade observé dernièrement à l'hôpital militaire Desgenettes, par MM. les médecins-majors Niclot et Batut. De même, MM. Chantemesse, Spirig et Jeanselme l'ont trouvé associé à d'autres microbes de la suppuration et enfin les études expérimentales de MM. Roger et Garnier ont confirmé ces données de la clinique et de la bactériologie.

Depuis ces dernières années la question a fait encore un pas de plus. Les cas de Remlinger, de Gilbert et Castaigne et le cas observé à Desgenettes dans le service de M. le Médecin major Benoit nous prouvent que le poison typhogène peut frapper non seulement le stroma conjonctivo-vasculaire du corps thyroïde, mais qu'il peut l'atteindre profondément dans son parenchyme pour donner le tableau clinique de la cachexie strumiprive ou le syndrome de Basedow.

Ce rapide aperçu historique nous servira à tracer le plan de ce travail. Une première partie traitant des causes générales de la thyroïdite aura surtout pour but de discuter la question de savoir si la présence antérieure d'un goitre est absolument indispensable pour l'éclosion de la complication.

Dans une seconde partie nous envisagerons les cas, de beaucoup les plus nombreux, où la thyroïdite complique une fièvre typhoïde normale. Ces cas seront étudiés en trois chapitres différents, le 1^{er} chapitre com-

prenant les lésions conjonctivo-vasculaires suppurées, classées elles-mêmes d'après les microbes trouvés dans le pus, le 2^e chapitre les lésions conjonctivo-vasculaires terminées par résolution et non par suppuration, le 3^e chapitre enfin les thyroïdites à type parenchymateux et fonctionnel (myxœdème et maladie de Basedow).

Enfin une troisième et dernière partie beaucoup plus courte comprendra l'étude de quelques faits où l'infection éberthienne, cause de la thyroïdite, aura été franchement atypique se traduisant cliniquement par une infection purement locale sans dothiéntérie.

PREMIÈRE PARTIE

NOTIONS ÉTIOLOGIQUES GÉNÉRALES

L'EXISTENCE ANTÉRIEURE D'UN GOITRE EST-ELLE NÉCESSAIRE A
LA LOCALISATION THYROIDIENNE DE L'INFECTION ÉBERTHIENNE ?

La thyroïdite post-typhique est due naturellement à un agent infectieux. Nous verrons que cet agent, le plus souvent le bacille d'Eberth, peut être un microbe phlogogène banal. Nous chercherons aussi à montrer comment cet agent pénètre dans le corps thyroïde. Mais à côté de cette cause vraiment efficiente qu'est le microbe nous devons signaler des causes secondaires nous expliquant jusqu'à un certain point pourquoi l'agent infectieux a élu domicile dans la glande et pourquoi il s'y est développé. Pour que la complication survienne, il faut qu'il existe dans la glande thyroïde un point d'appel pour les germes pathogènes.

De toutes les conditions qui favorisent l'éclosion de la thyroïdite la plus efficace est certainement l'existence antérieure d'un goitre. Cette préexistence est notée par tous les observateurs. Nous la retrouvons généralement dans les observations publiées dans ce travail, soit que le goitre existât encore au moment où l'affection a débuté, soit que les malades en aient présenté des signes à une époque plus ou moins éloignée. D'ail-

leurs, il est incontestable que les complications thyroïdiennes des maladies infectieuses et de la fièvre typhoïde en particulier sont beaucoup plus fréquentes dans les pays à goitre, la Suisse, par exemple. Dans une observation de Jeanselme que nous rapportons plus loin, le goitre occupait par exception l'isthme et non les lobes du corps thyroïde ; c'est exactement et uniquement au niveau du goitre que s'est localisée l'inflammation thyroïdienne. L'inflammation de la glande s'est pour ainsi dire superposée au goitre et n'a pas dépassé ses limites.

Il est facile d'expliquer cette importance prépondérante du goitre. Nous savons combien facilement les infections générales se localisent aux points faibles de l'organisme. L'homme bien portant n'est pas un milieu bien favorable au développement des microbes pyogènes. Dans l'étiologie des suppurations locales, nous trouvons le plus souvent une diminution de la résistance des tissus, soit par suite d'une modification générale de l'organisme, soit par suite d'un traumatisme ou d'une altération locale. Tout le monde se rappelle la célèbre expérience de Chauveau dans laquelle ce savant a fait voir que l'opération du bistournage, suivie de l'infection intraveineuse de la septicémie gangreneuse permet au microbe de se développer dans le testicule.

Chez le typhique atteint de goitre, des conditions semblables se trouvent réalisées. Les germes trouvent dans le corps thyroïde altéré un terrain des plus propices à leur pullulation.

En somme, nous avons plutôt affaire à de la strumite, c'est-à-dire à l'inflammation d'une glande thyroïde

déjà altérée qu'à de la thyroïdite au sens propre du mot. Mais si le rôle étiologique du goitre est incontestable, ce goitre est-il vraiment nécessaire pour que les maladies infectieuses se localisent sur la glande thyroïde? En d'autres termes, la thyroïdite proprement dite, c'est-à-dire l'inflammation de la glande antérieurement absolument saine existe-t-elle? Si oui, elle est en tout cas d'une infinie rareté, car elle est niée par un grand nombre d'auteurs des plus compétents. La distinction entre la thyroïdite et la strumite a été rarement faite et, sous la dénomination commune de thyroïdite, on voit généralement confondues toutes les inflammations du corps thyroïde.

Parmi tous les cas de thyroïdites publiés, nous n'en avons trouvé qu'un seul où l'observateur affirme que la glande thyroïde était saine avant l'apparition des premiers phénomènes inflammatoires. Bien que l'origine typhique de la thyroïdite y soit des plus douteuses, il nous paraît utile de résumer cette observation due à M. Testevin.

Il s'agit d'un malade ayant eu d'abord une angine pseudo-membraneuse, puis une thyroïdite, puis enfin, une fièvre typhoïde. L'ouverture de l'abcès a montré des streptocoques abondants. Le malade intelligent et très soigneux de sa personne affirmait n'avoir pas eu de goitre. Les ascendants et les parents n'en présentaient pas davantage. Il n'avait pas habité de région où le goitre fût endémique. Donc, thyroïdite incontestable, d'après M. Testevin.

A l'appui de la théorie de l'existence de la thyroïdite proprement dite, on pourrait encore faire valoir que

quelques observateurs n'ont pas signalé dans l'étiologie des thyroïdites qu'ils ont observées, l'existence antérieure d'un goitre. Mais on peut répondre qu'à l'inverse de M. Testevin ces observations ne nient pas non plus l'existence de ce goitre. Peut-être la vérité est-elle du côté de ceux qui pensent, avec M. Charvot, que dans les rares cas où cette notion étiologique est passée sous silence, peut-être même chez le malade de M. Testevin, il s'agissait d'un goitre latent ayant échappé à l'observation du malade et de son médecin. Si les cliniciens avaient toujours pris soin de noter dans l'histoire de leurs malades le lieu de leur naissance et leurs antécédents héréditaires et personnels, nous verrions peut-être le nombre des thyroïdites incontestablement pures se réduire à néant, ou presque à néant.

Au sujet de ce rôle du goitre, nous croyons devoir placer ici une remarque intéressante : c'est que la strumite a quelquefois pour effet de faire disparaître la tumeur. Le goitre, condition nécessaire à l'inflammation de la glande, est guéri par elle. MM. Pinchaud, Jeanselme, etc., ont constaté très nettement ce mode de guérison naturelle qui, d'après Jeanselme, ne diffère en rien de la guérison artificielle qu'on obtient à l'aide de la méthode sclérogène en injectant des liquides irritants dans les cavités d'un goitre kystique.

En outre de la dégénérescence de la glande, signalons quelques éléments étiologiques dont l'influence n'est pas aussi bien établie. Parmi ces agents très divers, il faut ranger d'abord la simple contusion de la glande et le froid qui était à peu près l'unique cause de la thyroïdite acceptée des anciens.

Le sexe a peut-être une certaine influence, la femme étant plus sujette que l'homme à la thyroïdite à cause des congestions répétées auxquelles la glande est soumise aux époques cataméniales ou pendant la grossesse. Mais encore cette action prédisposante ne peut-elle se manifester que pendant la vie sexuelle de la femme. Au point de vue de l'âge, nous avons été frappé de ce fait que l'affection ne se rencontre pas chez les sujets âgés. Les malades dont nous rapportons les observations ne dépassent pas en général la trentaine. Ceci n'est pas pour nous surprendre si nous nous rappelons que la fièvre typhoïde est particulièrement une affection des jeunes gens.

La syphilis a aussi été incriminée, peut-être en raison du pouvoir goitrigène que lui ont prêté certains auteurs. Enfin, spécialement en ce qui concerne les troubles nerveux comme le syndrome de Basedow, imputables à une altération post-typhique du corps thyroïde, nous pourrions invoquer une hérédité névropathique.

DEUXIÈME PARTIE

THYROIDITES COMPLIQUANT UNE INFECTION ÉBERTHIENNE REVÊTANT NETTEMENT LE TYPE : FIÈVRE TYPHOÏDE

CHAPITRE PREMIER

THYROIDITES CONJONCTIVO-VASCULAIRES SUPPURÉES

Dans la grande majorité des cas de thyroïdite ou plus généralement de strumite typhique, le malade parcourt la période d'état de sa dothiémentérie sans que rien fasse prévoir une localisation thyroïdienne. Ce n'est le plus souvent qu'au début de la convalescence, alors qu'il y a tout lieu d'espérer une terminaison normale, qu'il attire l'attention du médecin sur une tuméfaction douloureuse de son goitre. En l'examinant, on voit alors que la face antérieure du cou est le siège d'une tumeur présentant tous les symptômes attribuables à une réaction inflammatoire, à savoir : rougeur, douleur, chaleur et tuméfaction. Au moment de l'apparition de ces phénomènes, la température monte généralement presque

subitement jusqu'à 39, 40 degrés et plus. Dans la majorité des cas cette induration phlegmoneuse ne tarde pas à amener la fonte purulente. Il en résulte un abcès qui, si on n'intervient pas, s'ouvre spontanément à l'intérieur en perforant la peau, ou même peut se faire jour dans la trachée et provoquer ainsi des accidents sérieux (cas de Laveran).

1° Thyroïdites suppurées à bacille d'Eberth.

— Nous devons nous demander quel est l'agent pathogène qui a causé cette fonte purulente. Est-ce le bacille d'Eberth ou un bacille pyogène vulgaire ? Il y a peu de temps encore le bacille d'Eberth était considéré comme incapable de produire du pus. L'on a même été plus loin et prétendu que la coexistence, en un même point de l'organisme, d'un foyer purulent et de colonies du bacille d'Eberth, même à l'état pur, était purement fortuite : les agents de la suppuration n'étant autres que les microbes pyogènes habituels qui, après avoir joué leur rôle auraient disparu. Mais, à l'heure actuelle, nous savons, depuis les expériences de Roger, que presque toutes les bactéries ont la propriété de provoquer dans l'organisme une réaction aboutissant à la formation de pus. Le bacille d'Eberth est même un des bacilles les plus pyogènes parmi ceux qui ne sont généralement pas pyogènes comme le montrent les recherches de Colzi, Roux, Gilbert et Girode, etc. En effet, M. Roux a réussi à donner un abcès à un chien en lui injectant dans le tissu cellulaire sous-cutané de l'abdomen 2 grammes d'une culture pure de bacilles d'Eberth. Ce pus examiné présentait lui-même l'Eberth

à l'état pur. De même, MM. Gilbert et Girode ont réussi à donner une péritonite purulente à bacilles d'Eberth en injectant des cultures de ce bacille à un cobaye.

D'ailleurs, les recherches anatomo-pathologiques de Garnier, portant précisément sur le corps thyroïde des typhiques nous montrent entre les vésicules altérées, des amas de cellules rondes se différenciant aisément des cellules thyroïdiennes moins serrées et moins volumineuses ; la présence de ces nodules que l'on reconnaît facilement pour des nodules leucocytaires, indiquant le début du processus qui, dans certains cas, aboutira à l'abcès.

Ce qui précède doit déjà nous faire supposer que le bacille d'Eberth peut être l'agent provocateur des abcès thyroïdiens observés au cours de l'infection éberthienne. L'étude bactériologique du pus a vérifié complètement cette hypothèse. Les examens complets, bien qu'encore peu nombreux, sont très démonstratifs. Quelques observateurs ont, en effet, trouvé dans la thyroïdite le bacille d'Eberth à l'état de pureté.

En 1891, Colzi rapportait une première observation dont voici le résumé :

OBSERVATION I

(Colzi, *Sperimentale*, 15 mai 1891.)

Il s'agit d'un jeune homme de vingt-trois ans atteint de goitre, Il contracta trois ans après l'apparition de son goitre une fièvre typhoïde au cours d'une épidémie. Au bout de vingt-cinq jours

la maladie semblait céder ; la fièvre était presque tombée. Cependant la toux persistait et le malade commença à ressentir dans son goitre une douleur exaspérée par les efforts de toux. Il rentra pour cela à la clinique chirurgicale de Florence. Le malade était alors abattu, somnolent, la température restant cependant peu élevée.

L'opération donna issue à un pus abondant, crémeux, d'odeur fétide, quoique non mélangé de gaz. La guérison fut rapide. L'examen du pus y fit voir un grand nombre de bacilles se décolorant par le Gram. Les cultures de ces bacilles montrèrent les caractères du bacille typhique.

Cette observation méritait d'être rappelée, bien que les moyens de diagnostic différentiel du bacille typhique n'aient pas encore été établis d'une façon certaine.

En 1889, Bertarelli a publié un cas de thyroïdite apparue au moment de la convalescence d'une dothiéntérie. Rapidement se montrèrent les signes de suppuration. On fit une ponction exploratrice au cours de laquelle on retira une petite quantité de pus contenant le bacille d'Eberth à l'état de pureté

Depuis, en 1900, MM. Schudmack et Vlachos ont rapporté dans le *Wiener klinische Wochenschrift* une observation semblable que nous résumons.

OBSERVATION II

(*Wien. klin. Woch.*)

X..., trente ans, porteur d'un goitre, entre à l'hôpital pour une fièvre typhoïde peu grave dont le diagnostic fut confirmé par la séro-réaction. Le jour de l'entrée du malade à l'hôpital, on

remarque que sa glande thyroïde est un peu augmentée de volume, mais sans qu'il y ait de modification pathologique appréciable.

La dothiéntérie suit son cours normal lorsque, le trentième jour, c'est-à-dire quand il est permis de penser que le malade entre en convalescence, on constate une élévation notable de la température. En même temps le malade se plaint d'une douleur au niveau de sa glande thyroïde. On note de la tuméfaction, de la rougeur, puis de la fluctuation. Par la ponction exploratrice on obtient un pus dans lequel l'examen bactériologique montre le bacille d'Eberth à l'état de pureté avec tous les caractères qui le distinguent du coli. On incise l'abcès et le malade guérit rapidement.

Enfin, nous reproduisons *in extenso* l'observation suivante de M. Dupraz, de Lausanne, qui nous paraît complètement démontrer que le bacille d'Eberth peut, à lui seul, amener une thyroïdite purulente.

OBSERVATION III

(*Archives de Médecine expérimentale*, 1892.)

X..., de Vaubruz (canton de Fribourg), trente-trois ans, cultivateur, est porteur, depuis l'âge de dix ans, d'un goitre contre lequel les médications ont été sans effet. Vers la fin d'août 1891, le malade contracte une fièvre typhoïde qui dure jusqu'à la fin de septembre et se guérit bien.

Le 16 octobre se produit une fièvre violente et subite précédée d'un grand frisson. Le malade éprouve des douleurs au cou; le goitre se tuméfie et devient douloureux.

Le malade entre à l'hôpital le 3 novembre. On constate qu'il est atteint de thyroïdite suppurée. Le lendemain, M. le professeur Roux incise la tumeur. Il s'en écoule une grande quantité

de pus dont l'odeur rappelle celle de la péri-typhlite. On retire ensuite de l'intérieur de la cavité de grands lambeaux de tissu névrosé. Guérison complète sans incidents post-opératoires.

Dans le pus de ce malade on trouve de nombreux petits bacilles isolés ou formant quelquefois des groupes plus ou moins nombreux. Ces bactéries se colorent par le violet de méthyle, le bleu de méthylène (solution de Kuhne) et la solution de Ziehl. Ils se décolorent par la méthode de Gram.

On ne retrouve nulle part la structure alvéolaire du corps thyroïde.

On ensemence des plaques d'agar et de gélatine. Sur agar à 28 degrés on trouve le lendemain des colonies, les plus jeunes donnant à la surface un voile léger blanchâtre, à bords festonnés, bleu par transparence, opalescent par réflexion, celles de la profondeur donnent des points ovoïdes, jaunâtres, à bords très nets, non sinueux.

De même sur gélatine, cinq jours après l'ensemencement les bacilles ne liquéfient pas la gélatine, sont animés de mouvements très rapides de giration et de reptation, ont la même morphologie que dans le pus examiné directement au microscope ; pas de réaction de l'indol ; se développent moins rapidement que le *Baterium coli*.

Sur gélose fuchsinée ils se comportent comme celui de la fièvre typhoïde. Ces espèces sont aussi plus sensibles que le *Baterium coli commune* à l'action de l'acide phénique. Enfin, ils ne font pas fermenter la lactose et ne font pas coaguler le lait.

Inoculé au lapin, le pus a donné, au lieu de l'injection, une collection purulente où on a retrouvé les mêmes bacilles.

Dans cette observation comme dans celles de Colzi, Bertarelli et Schudmack, la présence du bacille d'Eberth seul est indéniable et nous devons considérer la thyroïdite non pas comme une affection paratyphoïde, mais bien comme une affection relevant, au

moins dans certains cas, directement de l'infection éberthienne.

Quelle est donc la source de l'infection du corps thyroïde ? En dehors des maladies infectieuses, pour que cet organe s'enflamme, il faut qu'une plaie le fasse communiquer avec l'extérieur. Mais, dans la dothiéntérie, le corps thyroïde, sans canal excréteur, sans communication avec la peau ni les muqueuses, ne peut évidemment pas être infecté de proche en proche comme cela a lieu probablement pour la vésicule biliaire, par exemple, dans les cas de cholécystite typhique. Il ne peut être contaminé que par voie sanguine.

Kocher, considérant en général toutes les thyroïdites infectieuses, insiste sur le rôle prépondérant du canal intestinal comme source d'infection. Il n'est donc pas étonnant qu'une des formes les plus fréquentes de thyroïdites infectieuses soit la thyroïdite typhique. Les germes pathogènes pénètrent dans le torrent circulatoire à la faveur de la brèche intestinale causée par la matière pour aller, de là, infecter à distance le corps thyroïde. Kocher ajoute même qu'il n'est pas nécessaire qu'une infection entraîne des lésions intestinales destructives. Le simple catarrhe intestinal, le simple embarras gastrique peuvent permettre le passage des microbes virulents dans le torrent circulatoire.

2° Thyroïdites suppurées à bacille d'Eberth avec infection secondaire. — Si le bacille d'Eberth peut se rencontrer à l'état pur dans les abcès thyroïdiens, on trouve, aussi, souvent à côté de lui des

microbes quelconques, le plus souvent les microbes ordinaires de la suppuration. A côté des thyroïdites à bacille d'Eberth pur, il existe donc des thyroïdites à infection secondaire. Spirig a rapporté l'observation suivante de thyroïdite post-typhique à bacille d'Eberth associé au staphylocoque.

OBSERVATION IV

M. G..., d'Oberschau, vingt-deux ans, était atteinte, au mois de juillet 1891, d'une fièvre typhoïde contractée au cours d'une épidémie. Elle présenta comme complication une pneumonie gauche et une petite escarre au sacrum.

Au début de la cinquième semaine, elle présenta, sur le côté droit du cou, à l'endroit même où elle avait eu un goitre dans sa jeunesse, une petite tuméfaction circonscrite, douloureuse à la pression, recouverte par une peau très rouge. Dans la suite, cette tumeur progressa lentement, sans causer beaucoup de gêne.

Au mois d'août, disparition de la fièvre. La malade était assez bien rétablie pour faire, le 12 septembre, le voyage de l'hôpital à Saint-Gallen. Elle était alors pâle, maigre, apyrétique. L'abdomen était mou et plat, le pouls petit. La rate n'était pas augmentée de volume.

Sur le cou, du côté droit, on trouvait une tumeur grosse comme un œuf d'oie, située sous le sterno-cléido mastoïdien. Cette tumeur était un peu fluctuante, mais peu douloureuse. Sur cette tumeur, la peau était mobile, sans plis. On ne constata aucun déplacement de la trachée ni du larynx. Le diagnostic porté fut celui de strumite suppurée post-typhique.

13 septembre. — L'incision de l'abcès permit d'évacuer une notable quantité de pus fluide. La cavité de l'abcès émettait, en effet, des prolongements allant jusqu'à la colonne vertébrale. Cependant, cette cavité fut bientôt fermée et la malade put rentrer chez elle, le 8 octobre, complètement guérie.

L'examen microscopique et les cultures permirent de déceler la présence côte à côte, dans ce pus, de deux espèces microbiennes nettement différenciées. Ces microbes présentaient toutes les réactions, l'un du bacille d'Eberth typique, l'autre du *Staphylococcus pyogenes albus*.

Quel est l'agent provocateur de la thyroïdite parmi ces deux microbes? Spirig, se basant sur un petit nombre de recherches, pensait pouvoir démontrer que la thyroïdite résulte toujours d'une association du staphylocoque pyogène avec le bacille d'Eberth, le staphylocoque provoquant à lui seul la suppuration de l'organe sans que l'Eberth joue un rôle vraiment actif. Certainement le staphylocoque, essentiellement pyogène par sa nature, doit entrer pour une large part dans la production du pus thyroïdien, mais les observations précédentes nous ont montré sans qu'il soit utile d'y revenir, tout ce que l'opinion de Spirig a d'exagéré.

Après Spirig, Chantemesse, dans un cas de thyroïdite a aussi trouvé le bacille d'Eberth associé aux microbes ordinaires de la suppuration.

Une autre infection secondaire assez fréquente qui, dans les dernières périodes de la maladie joue souvent un rôle important et mal connu, se rattache à la pullulation dans l'organisme du typhique du *Bacterium coli commune*. Chantemesse a quelquefois trouvé ce germe à l'autopsie des typhiques, répandu à profusion dans tous les organes jusque dans le muscle utérin. Il n'est donc pas étonnant qu'il ait été trouvé aussi dans le pus

des thyroïdites. Tavel dans un cas aurait trouvé nettement ce bacille. Brünner l'a observé plusieurs fois à l'état de pureté et il soutient même énergiquement que la suppuration dans les thyroïdites port-typhiques est produite par le *Bacillus coli*.

Comment interpreter ces faits de Brünner? Faut-il admettre que le bacille d'Eberth, ou bien n'a contribué en rien à la formation de l'abcès thyroïdien, ou bien a disparu du foyer, laissant la place au bacille coli, jouant là un simple rôle secondaire? Les partisans de la non-identité de l'Eberth et du coli se rangeront probablement à cette dernière opinion. Mais si, avec certains auteurs encore nombreux, on admet que le bacille coli et le bacille d'Eberth ne sont qu'un seul et même bacille; en d'autres termes, si on pense avec MM. Roux et Rodet que le coli, en changeant de milieu peut s'éberthiser, on que l'Eberth, sous certaines influences peut devenir tellement coliforme qu'on ne pourra plus le distinguer du coli, on sera conduit à penser que le microbe décrit dans le pus thyroïdien sous le nom de coli est peut-être l'agent provocateur de la fièvre typhoïde elle-même et de sa complication thyroïdienne.

Nous ne saurions évidemment, sans sortir de notre sujet, discuter une question qui n'est, en somme, que celle de l'unité et de la dualité des bacilles d'Eberth et *coli communis*.

Notons cependant, que les observateurs ont presque toujours, avant d'affirmer l'Eberth, recherché les moyens employés pour le différencier du coli.

Si nous admettons le coli, nous devons tenir compte des recherches de Sanarelli sur la fièvre typhoïde expé-

rimentale. Cet auteur a vu, en effet, que la dothiënén-lérie peut augmenter considérablement la virulence du coli. Dans la fièvre typhoïde, le bacille d'Escherich se multiplie extraordinairement dans l'intestin jusqu'à représenter presque à lui seul toute la flore intestinale. Dans un intestin normal le coli ne saurait être virulent, mais lorsqu'au contraire l'intestin est souffrant, le coli deviendrait pathogène (Lesage).

Dans la fièvre typhoïde expérimentale, M. Sanarelli a rencontré souvent le bacille d'Escherich, lequel traverse les parois intestinales toujours plus ou moins altérées dans ce cas et se multiplie dans l'organisme à côté de l'Eberth. Peut-être dans les cas de M. Brünner le bacille coli a-t-il vu ainsi sa virulence exaltée, au cours de la fièvre typhoïde, dans l'intestin du malade au point de le rendre capable de provoquer la suppuration de la glande thyroïde.

L'observation suivante de Jeanselme nous montre le bacille d'Eberth associé à un microbe qu'on ne saurait considérer sans réserves comme le staphylocoque, bien qu'il présente avec lui quelques analogies.

OBSERVATION V

(Archives générales de médecine, 1892.)

Il s'agit d'un homme âgé de vingt-huit ans qui porte un goitre depuis l'âge de treize ans survenu après un séjour de trois mois dans un pays à goitres à Salins (Jura).

Quand cet homme entra à Saint-Louis dans le service de

M. Rôger le 4 août 1892, son goitre avait à peu près le volume d'une pêche. Il était alors souffrant depuis une dizaine de jours et présentait tous les symptômes d'une dothiéntérie d'intensité moyenne avec épistaxis, gargouillements, température oscillant entre 38 et 40 degrés, diarrhée, bronchite, albuminurie légère.

Puis du douzième au vingt-huitième jour la défervescence a eu lieu sans aucun accident. Pas d'escarre, ni d'abcès, ni d'éruptions furonculaire ou echtymateuse; bref, aucune manifestation d'infection secondaire.

Le malade était entré à l'hôpital Saint-Louis depuis une huitaine de jours, quand il s'aperçut que son goitre, sans avoir augmenté de volume, prenait une consistance plus ferme, devenait immobile et très sensible à la plus légère pression. Pendant tout le cours de la fièvre typhoïde le goitre n'a pas cessé de s'accroître, cependant il ne causait aucune gêne de la déglutition, ni de la respiration.

3 septembre. — Le malade passe dans le service de M. Hallopeau, que nous avons l'honneur de suppléer. A cette époque, on observe une tumeur de la grosseur du poing, située sur la ligne médiane du cou et faisant une saillie considérable. La peau qui la recouvre est rouge et présente tous les signes de l'œdème inflammatoire.

La palpation ne révèle qu'une douleur peu vive et permet de se rendre compte qu'il existe une fluctuation profonde vers le centre de la tumeur. Celle-ci occupe seulement l'isthme du corps thyroïde, les lobes latéraux de cette glande ne paraissent pas hypertrophiés. L'atmosphère celluleuse ne participe pas à l'inflammation et la tumeur peut être nettement délimitée sur toute sa périphérie. Il y a peu de troubles fonctionnels; les mouvements de rotation du cou sont conservés, l'extension de la tête est limitée, mais le malade n'est pas obligé d'incliner la tête en avant pour diminuer la tension du goitre. La respiration est absolument libre. Le malade se plaint d'une légère dysphagie qu'il faut mettre sur le compte de la thyroïdite, car il n'y a pas d'angine. Pendant la déglutition, la tumeur suit les mouvements d'ascension de la trachée-artère.

16 septembre. — Pendant la nuit, le malade ressent pour la première fois des élancements assez intenses dans la tumeur. La fluctuation est devenue très évidente. La température reste normale. Température, matin : 36°4; température, soir : 37°1.

Le lendemain 17 septembre, la thyroïdite est incisée par M. Orillard, interne des hôpitaux. Il s'écoule environ 20 centimètres cubes d'un pus épais, crémeux, grisâtre, mêlé de sang et absolument inodore. Un gros drain est introduit dans la plaie qui est pansée avec la gaze iodoformée.

Très rapidement, la poche se rétracte, mais il persiste une fistule qui laisse suinter un peu de pus et qui ne se ferme définitivement que le 13 novembre, c'est-à-dire le cinquante-huitième jour après l'incision.

A cette époque, le goitre n'est plus perceptible à la vue. Il faut une palpation attentive pour saisir un nodule de consistance ligneuse entre les doigts. L'encolure du malade, qui était de 44 centimètres avant la thyroïdite, n'est plus que de 42.

L'état général est resté excellent pendant toute la durée de la complication thyroïdienne.

L'incision de la collection thyroïdienne nous a fourni l'occasion de faire l'examen bactériologique de son contenu.

Le pus, prélevé avec toutes les précautions d'usage, a montré des bacilles très actifs allongés, doués de mouvements spontanés de reptation et d'ondulation très actifs et ne prenant pas le Gram. Ces bacilles présentaient tous les caractères de l'Eberth.

A côté du bacille d'Eberth, on a noté la présence d'autres bacilles présentant les caractères suivants :

C'étaient des bacilles très courts ovoïdes, isolés ou se groupant deux par deux, agités seulement de mouvements browniens et ne prenant pas le Gram. Les cultures ont donné des colonies opaques, jaune soufre; leur centre se déprimait en cupule; liquéfiaient la gélatine. Dans les milieux de cultures, ces microbes se groupaient en grappes comme le staphylocoque.

Si ce microbe a beaucoup de points communs permettant de le comparer au *Staphylococcus citreus*, il s'en distingue cependant par des caractères importants. D'une part ovoïde et non pas

rond, d'autre part ses cultures sont surmontées de dessins variés, tandis que les cultures de staphylocoques restent lisses.

Jeanselme ajoute que « les colonies constituées par les bacilles mobiles étaient incomparablement plus nombreuses que les colonies citrines formées par les bacilles ovoïdes ; on est porté à croire que le bacille d'Eberth a eu la part principale, sinon exclusive, dans la suppuration thyroïdienne. Mais ce qui a une valeur plus décisive, c'est la différence constatée dans la virulence des deux espèces microbiennes. Tandis que le bacille d'Eberth s'est montré très actif, le bacille ovoïde n'a eu aucune action pathogène sur les animaux. De plus le bacille d'Eberth, injecté, a tué l'animal d'infection générale ou donné du pus où on a trouvé le bacille d'Eberth à l'état pur ».

Il est permis de penser que toutes les infections secondaires que nous venons de citer ont une origine généralement intestinale. Les microbes associés à l'Eberth pénètrent avec lui dans l'organisme à la faveur de la brèche intestinale. C'est aussi l'opinion de Jeanselme en ce qui concerne son microbe. « Nous pensons, dit-il, qu'il s'agit peut-être d'un des nombreux microbes qui ont l'intestin pour habitat normal et que ce micro-organisme aura émigré dans la glande thyroïdienne, soit en même temps que le bacille d'Eberth, soit ultérieurement, grâce aux ulcérations intestinales. »

Les ulcérations fréquentes de la gorge et du larynx peuvent probablement jouer le même rôle que les ulcérations intestinales.

A ces portes d'entrée ouvertes aux microbes par la

dothiéntérie, si nous ajoutons la faiblesse générale résultant de la maladie, les fermentations anormales qui se produisent dans le tube digestif et surtout l'entrave mise aux procédés ordinaires de défense de l'organisme par la présence dans le sang de toxines élaborées par la première infection, nous verrons que tout concourt à favoriser la pénétration et la pullulation dans l'économie de germes étrangers au virus typhique lui-même.

3° Thyroïdites suppurées à pus stérile. — Jusqu'ici nous avons toujours trouvé des bacilles pathogènes dans les suppurations thyroïdiennes. Le pus, cependant, examiné avec toutes les méthodes de recherches en usage dans les laboratoires peut ne présenter aucun microbe, comme le prouve le malade suivant, observé à l'hôpital Desgenettes dans le service de M. le médecin-major Niclot et dont il a bien voulu nous communiquer l'observation.

OBSERVATION VI (résumée, inédite).

X..., couché au n° 1 de la salle 28 est entré à l'hôpital au mois de juin 1899 avec le diagnostic de fièvre typhoïde. On observe toute la symptomatologie d'une dothiéntérie typique, céphalalgie, épistaxis, taches rosées lenticulaires, diarrhée, gargouillements dans la fosse iliaque, bronchite, etc. La courbe thermique est celle d'une fièvre typhoïde normale. Ajoutons que la séro-réaction de Widal pratiquée chez ce malade a donné un résultat nettement positif.

Pendant son évolution, la maladie revêt une intensité moyenne. Au bout de la troisième semaine, la défervescence commence et

L'on est en droit de compter sur une terminaison sans accidents lorsque le malade attire l'attention sur une tuméfaction située à la face antérieure du cou. Cette tuméfaction a pour siège la glande thyroïde. Elle est circonscrite, recouverte par une peau très rouge. En palpant, on sent de l'empâtement et on provoque de la douleur. Bientôt on perçoit un peu de fluctuation.

A l'incision de cet abcès il s'écoule la valeur d'une noix de pus. Ce pus est prélevé avec toutes les précautions antiseptiques désirables et examiné par M. le médecin major Niclot. Les frottis n'ont révélé la présence d'aucun microbe. Les cultures sur les milieux généralement usités se sont montrées stériles. Enfin, l'inoculation au cobaye n'a donné aucune réaction, ni générale, ni locale. Donc, thyroïdite aseptique.

A quoi devons-nous attribuer cette suppuration? La pathologie générale de l'inflammation nous montre, en effet, que pour qu'il y ait inflammation et suppuration, il faut un microbe, sauf quelques cas où l'injection de substances caustiques comme l'essence de thérébentine peut provoquer des suppurations aseptiques. Les produits solubles des microbes pathogènes ont-ils suffi à provoquer la formation d'un abcès thyroïdien chez un malade profondément affaibli? C'est une opinion peu vraisemblable, bien que M. Calmette l'admette pour les abcès du foie.

Nous croyons qu'il faut rapprocher ces cas des suppurations stériles constatées souvent dans l'organisme à la suite des infections et particulièrement des abcès du foie que la ponction montre souvent contenir un pus stérile.

Il est probable que, comme dans les abcès du foie, la suppuration de la glande thyroïde chez notre malade

était due à un microbe, peut-être le bacille d'Eberth qui aura disparu du foyer dont il était primitivement l'agent pathogène. Cette opinion est d'autant plus soutenable, que dans nos laboratoires, les microbes disparaissent quelquefois spontanément de leurs cultures où ils sont tués peut-être par les produits solubles qu'ils sécrètent. Chez notre jeune soldat, l'organisme, en se défendant contre les agents envahisseurs aura peut-être été assez fort pour en débarrasser le foyer thyroïdien avant que le pus ait pu se faire jour au dehors.

CHAPITRE II

THYROÏDITES CONJONCTIVO-VASCULAIRES NON SUPPURÉES

Nous avons étudié les thyroïdites suppurées et nous avons dit que, dans la plupart des cas, la présence du bacille d'Eberth dans la glande thyroïde entraîne la formation d'un abcès. Quelquefois cependant, le goitre typhique, après avoir pris un volume relativement considérable, a pu se résoudre complètement sans dépasser la période phlegmoneuse. Il en existe tout au plus deux ou trois observations dans la littérature. Nous reproduisons ici intégralement la plus complète concernant un malade observé par M. Hublé et communiquée par M. Charvot à la *Revue de Chirurgie*.

OBSERVATION VII

(In *Revue de Chirurgie* 1890.)

H... jeune soldat, incorporé depuis un mois seulement au 93^e régiment de ligne, entre le 1^{er} janvier 1886 à l'hôpital mixte de la Roche-sur-Yon, pour fièvre typhoïde. C'est un homme robuste, de haute taille, originaire du pays basque (Basses-Pyrénées). A son entrée, on constate un développement appréciable et symétrique des deux lobes de la glande thyroïde qui n'atteint pas toutefois la proportion d'un goitre. Il est malade depuis le 22 décembre et présente tous les symptômes de la

fièvre-typhoïde : céphalalgie, courbature, épistaxis abondantes et répétées, diarrhée modérée.

Pendant cinq jours, l'évolution des accidents indique clairement une infection typhique d'une grande intensité. La fièvre est violente; la température monte à 40°5 le soir, et le matin ne descend pas au-dessous de 40 degrés; P. = 106.

L'adynamie, l'insomnie, le délire, la dysphagie, le trismus montrent que le système nerveux cérébro-spinal est profondément touché. La langue est sèche et rouge, comme rôtie; des fuliginosités incrustent les dents. Sur la peau du ventre on découvre quelques taches rosées discrètes et pâles. Gargouillements dans la fosse iliaque qui est douloureuse à la pression; diarrhée abondante et persistante. Peu d'engorgement de la base des poumons (Potion avec l'acétate d'ammoniaque Eau de vie et extrait de quinquina; sulfate de quinine à des doses variant de 60 centigrammes à 1 gramme).

6 janvier. — La température est tombée brusquement à près de 38 degrés. Le malade a déliré toute la nuit et ne peut répondre aux questions. Le pouls est à 110, filiforme, à peine perceptible : on craint un collapsus. (Révulsion à l'aide de ventouses sèches et de frictions. — Malaga, vin de cannelle, café, bismuth, lavements amylacés.)

Heureusement, on en est quitte pour la peur. Le malade se réchauffe, la température remonte à 39 degrés (7 janvier), le pouls se relève. La diarrhée diminue. L'éruption des taches rosées sur l'abdomen continue.

Dans les jours qui suivent, l'amélioration s'accroît. L'expression de la physionomie est meilleure, la prostration moindre. Le malade répond plus nettement aux questions. La langue est moins sèche. Congestion pulmonaire légère.

20 janvier. — Une escarre d'environ 1 centimètre de diamètre se forme au sacrum.

26 janvier. — La convalescence se dessine, apyrexie depuis deux jours. La maigreur et la faiblesse sont extrêmes. Le malade commence à manger. Il se forme une nouvelle escarre (30 janvier).

4 février. — La température normale le matin, tend à s'élever l'après-midi et gagne chaque jour quelques dixièmes de degré. L'appétit a disparu. La diarrhée est remplacée par de la constipation. On sent qu'une complication approche sans qu'on puisse la préciser. Aucune collection purulente n'est en voie de formation.

Brusquement dans l'après-midi, à la suite de quelques frissons, la température monte à 39°6, et l'on découvre l'invasion d'une thyroïdite. Elle est caractérisée par une tuméfaction presque indolente du lobe gauche de la thyroïde.

Pendant quatre jours frissons et accès fébriles reparaissent chaque soir puis disparaissent (8 février) à la suite de l'administration de sulfate de quinine. La tuméfaction de la moitié gauche de la glande thyroïde persiste aussi volumineuse. La respiration n'en est pas gênée, mais le malade se plaint d'un peu de dysphagie.

22 février. — On perçoit une sensation douteuse de fluctuation au sommet de la tumeur. Léger engorgement des glandes lymphatiques dans le triangle sus-claviculaire.

28 février. — En auscultant le cœur, on trouve un souffle systolique, doux à la base, se prolongeant dans les vaisseaux du cou. Pas de bruit de souffle dans la tumeur thyroïdienne. Notre goitre mesure aujourd'hui 14 centimètres de hauteur sur 9 centimètres de largeur. En le palpant on réveille une légère douleur et l'homme dit éprouver à ce niveau une sensation de tension. A la surface, vers la partie inférieure et externe, on voit un point légèrement violacé au niveau duquel la peau est amincie et dépressible. Il y a là probablement quelques gouttes de pus. Pas de troubles fonctionnels notables. Rien d'anormal dans le lobe droit de la glande thyroïde.

4 mars. — La tumeur thyroïdienne diminue. Nulle part de franche fluctuation, seulement il existe toujours un point douloureux, mollassé, circonscrit, de la grosseur d'une aveline, au sommet du goitre. Etat général bon.

12 mars. — Le lobe gauche de la glande thyroïde est revenu à des dimensions presque normales. Pas de suppuration, toutes les fonctions s'accomplissent bien.

La résolution du goitre s'accroît, la guérison se confirme, et le malade part en congé de convalescence.

Quand on le revoit quatre mois après, le goitre a disparu, les forces sont entièrement revenues, la nutrition se fait bien. Les deux lobes de la glande thyroïde sont égaux, un peu plus gros que la normale comme on pouvait le voir à l'entrée.

De semblables poussées phlegmoneuses sur la glande thyroïde ont été observées aussi par M. Forgue et M. Pinchaud. Dans le cas rapporté par M. Forgue, il s'agit d'une strumite se traduisant par un engorgement qui s'est terminé par une induration persistante. Un très petit noyau a seul passé, semble-t-il, à la suppuration. Enfin M. Pinchaud cite l'observation d'une strumite survenue pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde aboutissant à l'inflammation et à la suppuration d'une petite partie de la tumeur, mais donnant, dans tout le reste du corps thyroïde une hypertrophie et un engorgement chronique persistant dans la suite pendant près d'une année.

Nous rapprocherons ces cas des localisations osseuses de l'infection éberthienne, localisations qui se terminent souvent par résolution et ne suppurent quelquefois qu'après plusieurs poussées.

Pourquoi dans ces cas la strumite n'a-t-elle pas abouti franchement à la suppuration, ou plutôt, pourquoi, dans la plupart des cas, l'infection éberthienne donne-t-elle des abcès lorsqu'elle se localise dans un goitre? Le bacille d'Eberth n'étant pas essentiellement pyogène devrait, dans la plupart des cas, se contenter d'occasionner des poussées phlegmoneuses se terminant, après un temps plus ou moins long, par résolution.

Pour expliquer la fréquence de la suppuration, comparée à la rareté de la résolution, il faut, croyons-nous, invoquer surtout l'état du malade. La faiblesse résultant de l'altération de toute l'économie par une maladie fort longue enlève à l'organisme ses moyens de défense et l'on comprend facilement qu'un microbe donné provoque dans ses complications tous les désordres qui seraient l'exception chez un sujet résistant.

CHAPITRE III

THYROIDITES A TYPE PARENCHYMATEUX ET FONCTIONNEL

La fièvre typhoïde se localisant sur la glande thyroïde semble avoir une prédilection toute spéciale pour le stroma conjonctivo-vasculaire. Généralement, cette thyroïdite interstitielle respecte suffisamment les éléments nobles pour ne donner aucun symptôme traduisant un trouble dans la sécrétion du corps thyroïde. Il existe cependant des cas, rares il est vrai, où dans l'étiologie d'une affection liée à un mauvais fonctionnement du corps thyroïde, nous relevons nettement une origine éberthienne. Par exemple, le tissu conjonctif chroniquement enflammé, peut aboutir à la sclérose de l'organe avec le myxœdème pour conséquence.

MM. Roger et Garnier, dans leurs expériences sur les animaux, expériences que nous citons souvent, ont montré que des lésions scléreuses peuvent s'établir peu à peu, résultant d'une hyperplasie du tissu conjonctif qui remplace les éléments différenciés. « Les cellules inaptées à la sécrétion remplissent les vésicules qui sont vides de matière colloïde, mais restent inactives et la glande se transforme peu à peu en un bloc fibreux renfermant à peine quelques îlots qui rappellent la structure vésiculaire normale. »

De semblables altérations peuvent s'observer chez l'homme où elles se traduisent par les symptômes de la cachexie strumiprive.

L'observation suivante de M. Remlinger nous montre un beau cas de myxœdème spontané de l'adulte ayant eu pour point de départ probable une fièvre typhoïde. Nous aurions peut-être dû, pour être plus exact, étudier cette observation avec les thyroïdites conjonctivo-vasculaires, le point de départ de la dégénérescence thyroïde, cause du myxœdème, paraissant être le tissu conjonctif hyperplasié et développé aux dépens des éléments nobles. Il nous a paru plus intéressant de réunir dans un même chapitre les troubles liés à un fonctionnement moindre de l'organe et le syndrome que l'on attribue à son hyperfonctionnement.

OBSERVATION VIII

(Archives de médecine et pharmacie militaire, 1899.)

B..., Victor, vingt-deux ans, un an de service au 4^e zouaves, originaire de l'Ardèche, cultivateur. Les antécédents héréditaires ne présentent aucune particularité intéressante. Père, mère, deux frères bien portants.

Avant l'incorporation, B... a toujours joui d'une excellente santé. Au mois de mai 1898, il a passé six jours à l'hôpital du Belvédère, pour un embarras gastrique. Depuis l'incorporation, sa santé n'a, à part cela, laissé en rien à désirer. B... n'a jamais contracté de maladie vénérienne. Il n'est pas alcoolique.

Il entre à nouveau au Belvédère le 1^{er} novembre 1898, par évacuation de l'hôpital militaire d'Aïn Draham. Son billet porte la mention suivante : « Endocardite survenue au cours d'un embarras gastrique fébrile suspect. Cachexie. »

B... est, en effet, profondément cachectique, il est plongé dans un état d'engourdissement physique et intellectuel dont on ne le tire qu'avec peine. Il nous apprend cependant qu'il s'est bien porté et qu'il a fait son service correctement et sans fatigue jusqu'au 20 juillet 1898. A cette date, sans cause à lui connue, il a été pris de maux de tête, de diminution des forces et de l'appétit, de diarrhée et d'épistaxis, il s'est présenté à la visite réglementaire où l'on a constaté l'existence de la fièvre et d'où on l'a envoyé à l'hôpital. Nous n'avons d'autres renseignements sur la maladie que B... fit à ce moment, que ceux mentionnés au billet d'entrée et que la courbe thermique qui était annexée à ce billet.

Ajoutons que le séro-diagnostic, pratiqué le 29 novembre, quatre mois après le début de l'affection, a fourni un résultat négatif.

Le malade prétend que, lorsque la température revint à la normale (9 août), son état, au lieu de s'améliorer, empira. Il se mit à maigrir considérablement; de l'œdème des membres supérieurs se déclara; le ventre augmenta de volume la face devint bouffie, ce qui modifia complètement la physionomie. En même temps, B... cessa de s'intéresser à ce qui l'entourait; il devint triste, morne, apathique. En vain, épuisa-t-on en sa faveur la liste des cordiaux et des toniques. Il dépérissait chaque jour, c'est ce qui décida à l'évacuer sur l'hôpital du Belvédère.

A son arrivée à l'hôpital, B... ne pèse plus que 56 kilogrammes, alors qu'il en pesait 66 à son entrée à l'hôpital d'Aïn Dracham. Au thorax et aux membres supérieurs, il n'a littéralement plus que la peau et les os. Les membres inférieurs, au contraire, présentent, depuis les malléoles jusque vers la partie moyenne de la cuisse, un œdème très marqué; l'abdomen, très augmenté de volume, fait, en avant, une saillie très volumineuse; la face œdématiée donne au malade un pouvoir de brightique.

Cet œdème présente, à la face et aux membres inférieurs, des caractères très différents. La face est large, arrondie; elle ressemble à une pleine lune. Elle est distendue d'une façon à peu près uniforme par un œdème blanc, mou, absolument indolore,

qui ne garde pas l'empreinte du doigt et sous l'influence duquel les plis et les rides se sont effacés. Les lèvres sont légèrement épaissies; les narines paraissent un peu élargies. Les cils et les sourcils n'ont subi aucune modification, mais on observe, sur le devant de la tête, une raréfaction assez marquée des cheveux, qui paraissent, en même temps, avoir augmenté de finesse et ont un peu l'apparence d'un duvet. Le malade étant encore imberbe, aucune modification n'a pu être observée du côté de la barbe ou de la moustache. Cet ensemble de signes donne à la physionomie un aspect infantile des plus marqués, en même temps qu'un air hébété, inexpressif, qui fait, dès le premier abord, mal augurer de l'intelligence du sujet.

L'œdème des membres inférieurs se distingue du précédent en ce qu'il garde l'empreinte du doigt, au même titre qu'un œdème cardiaque ou brightique, dont il affecte, du reste, pleinement la physionomie. Il est bilatéral et aussi accusé d'un côté que de l'autre; il commence d'une façon diffuse aux malléoles, s'étend le long de la jambe et finit insensiblement un peu au-dessus du genou. Sur toute cette partie des téguments, la peau est sèche, rugueuse; l'épiderme se détache par squames kératinisées, comparables à des écailles; il y a production d'une véritable ichtyose. Sur le reste du corps, la peau est sèche, légèrement rugueuse, mais ne présente aucune desquamation. C'est à la face seulement que les téguments ont conservé leur souplesse, leur lubrification normale. Les poils du pubis et de l'aisselle sont très raréfiés.

Aucun autre trouble trophique.

L'abdomen est notablement augmenté de volume; l'ombilic est saillant, les flancs sont étalés; l'aspect est tout à fait celui d'un ventre de batracien. Il n'y a pas d'œdème de la paroi, pas de circulation collatérale. La percussion révèle autour de l'ombilic une zone de sonorité puis, latéralement et au-dessous dans les flancs, les fosses iliaques et l'hypogastre une matité en forme de fer à cheval, à concavité supérieure. Cette matité se déplace très facilement, suivant les changements de position du malade. La sensation de flot est des plus nettes. On peut évaluer à 4 ou

5 litres la quantité de liquide ascitique. La palpation ne dénote aucune induration profonde, aucun gâteau péritonéal.

Le malade accuse de l'essoufflement quand il court ou monte un escalier. Pas de palpitations. La pointe du cœur bat dans le sixième espace intercostal. Les bruits sont normaux à la pointe; à la base, on entend un souffle diastolique très doux, très marqué à l'orifice pulmonaire, se propageant sous la clavicule gauche et dans les vaisseaux du cou, se modifiant peu, suivant les changements de position du malade et présentant tous les caractères des souffles anémiques. Le pouls est mou, régulier, un peu dépressible. 76 pulsations.

La langue est humide, rosée. — Anorexie; les digestions sont lentes et pénibles, mais il n'existe ni constipation ni diarrhée. Le foie présente des dimensions normales; il n'est pas douloureux. La rate paraît légèrement augmentée de volume. Rien à l'appareil respiratoire.

Les urines examinées à diverses reprises avec le plus grand soin, n'ont jamais présenté les moindres traces de sucre ni d'albumine.

Du côté du système nerveux, on ne trouve aucun autre trouble de la motilité ni de la sensibilité. Il n'existe d'autres troubles trophiques que ceux signalés déjà du côté de la peau et du système pileux. Les réflexes cutanés sont normaux; les réflexes tendineux sont abolis. Le réflexe rotulien en particulier fait complètement défaut des deux côtés. Les troubles intellectuels sont très marqués; le malade passe sa journée dans son lit engourdi, immobile, ne songeant à rien. Le moindre effort physique ou intellectuel lui est pénible; lorsqu'on le questionne il faut lui arracher les réponses; il répond alors d'un air lent, hébété, comme à regret. Il ne dort cependant pas dans la journée; la nuit, il y aurait plutôt de l'insomnie. La recherche des différents stigmates hystériques a fourni un résultat de tous points négatif.

L'exploration de la région thyroïdienne ne permet pas de sentir la glande, qui paraît faire complètement défaut. Il importe néanmoins, de faire remarquer que, chez un grand nombre de

sujets absolument normaux, la thyroïde n'est pas davantage perceptible à la palpation.

La température oscille entre 36 et 36°5. Elle semble un peu au-dessous de la normale.

Œdème de la face ne gardant pas l'empreinte du doigt. Œdème des membres inférieurs conservant cette empreinte. — Ascite. — Etat sec et rugueux de la peau. Ichtyose localisée aux jambes. — Raréfaction des cheveux ainsi que des poils du pubis et de l'aisselle, amaigrissement considérable, souffle anémique à la base du cœur, torpeur physique et intellectuelle, abolition du réflexe rotulien, toutes choses paraissant être survenues insidieusement dans la convalescence d'une maladie aiguë ; tels étaient, en résumé, les principaux symptômes présentés par le malade. On pouvait les grouper sous deux chefs ; les uns relevant d'un œdème généralisé, les autres étant sous la dépendance de la cachexie. Dans ces conditions, à quel diagnostic fallait-il songer ?

L'œdème des membres inférieurs pouvait faire songer à un mal de Bright. Mais l'analyse de l'urine dénotait une absence d'albumine exceptionnelle dans les néphrites qui s'accompagnent d'anasarque. Ce même œdème, rapproché de l'essoufflement accusé par le malade et du bruit de souffle perçu à la base du cœur, pouvait en imposer pour une affection cardiaque. Mais le souffle entendu au foyer pulmonaire était manifestement d'origine anémique, et paraissait, dès lors, être bien plutôt effet que cause de la maladie.

La présence de liquide libre dans la cavité abdominale pouvait faire songer à une affection du foie ou à une péritonite bacillaire à forme ascitique... Mais, d'une part, la glande hépatique était absolument normale ; de l'autre, il n'y avait pas trace de tuberculose pulmonaire, et comment expliquer, dans l'hypothèse d'une péritonite tuberculeuse, l'œdème de la face et des extrémités ? L'existence d'un œdème névropathique n'était pas davantage soutenable.... Restait à considérer le malade comme un cachectique et, pour ne pas parler de la cachexie cancéreuse, exceptionnelle à vingt-deux ans, le diagnostic se circonscrivait

entre la cachexie palustre et la cachexie myxœdémateuse. Si l'aspect de la physionomie, les troubles intellectuels, l'absence de glande thyroïde perceptible à la palpation, l'effet absolument nul du traitement anti-paludéen étaient en faveur du myxœdème, on pouvait à bon droit citer contre cette hypothèse, l'œdème des extrémités, gardant l'empreinte du doigt et l'existence de l'ascite qui n'a point encore été notée dans cette affection. Nous nous sommes néanmoins rattaché à ce dernier diagnostic et le traitement thyroïdien, réussissant en quelques jours là où avaient échoué la quinine et l'arsenic continués pendant des mois, vint démontrer le bien fondé de cette hypothèse.

15 décembre. — Le malade absorbe, masqués dans un cachet, 0,20 de corps thyroïde de mouton réduit en pulpe et broyé avec un peu de glycérine et de sucre. La dose est doublée le lendemain, puis rapidement augmentée. Le 20 décembre le corps thyroïde est porté à 2 grammes et il est administré à cette dose pendant quelques jours.

Dès ce moment, B... change pour, ainsi dire à vue d'œil. L'œdème de la face diminue, l'œdème des extrémités disparaît complètement, le ventre s'affaisse et l'ascite entre en résolution.

En même temps, B... sort de sa torpeur ; il répond avec plus de vivacité aux questions ; il se lève de sa propre initiative ; il se promène et cause avec ses camarades. Il a la sensation que ses forces lui reviennent, et il accuse un grand bien-être. Aucun symptôme d'intolérance ; en particulier pas de tachycardie.

Depuis le début du traitement thyroïdien, il existe seulement des sueurs nocturnes profuses.

23 décembre. — L'œdème de la face a complètement disparu ; le malade prend des couleurs ; une légère teinte rosée a remplacé l'aspect blafard du début. Le ventre est encore un peu augmenté de volume. La percussion des fosses iliaques et de l'hypogastre révèle encore un peu de matité déplaçable ; la sensation de flot n'est plus perçue. B... a grand appétit et mange quatre degrés de grand régime.

30 décembre. — B... paraît complètement guéri. Sa physionomie diffère à peine d'une physionomie normale. La raréfac-

tion et l'apparence duveteuse des cheveux attirent seules l'attention. L'ascite a complètement disparu. L'œdème des extrémités ne s'est pas reproduit.

La peau est encore un peu sèche mais l'ichtyose est en voie d'amélioration très notable. On n'entend plus de souffle anémique ni à la base du cœur, ni dans les vaisseaux du cou. Le traitement thyroïdien est interrompu presque complètement; il n'est plus administré au malade que 2 grammes de corps thyroïde par semaine à titre de ration d'entretien.

11 janvier. — Le malade quitte l'hôpital complètement guéri et part en France en congé de convalescence. Il pèse 60 kilogrammes; il a recouvré ses forces, sa physionomie habituelle. Sa peau, même aux membres inférieurs a repris son aspect normal. Les réflexes rotuliens sont revenus. Il est fort douteux néanmoins que cette guérison se maintienne. La suppression du traitement thyroïdien amènera, sans doute, une rechute à brève échéance.

Cette observation, publiée surtout dans le but de montrer les effets de la médication opothérapique, est intéressante à notre point de vue en ce que les accidents myxoœdémateux semblent avoir eu nettement pour point de départ une infection éberthienne. « Si l'infection initiale n'a pas revêtu le type absolument classique de la fièvre typhoïde, la grande fréquence de la dothiéntérie en Tunisie, l'évolution de la maladie en deux fois prouvée par la courbe thermique, les symptômes subjectifs éprouvés par le malade sont des arguments sérieux en faveur de notre hypothèse et nous ne saurions lui opposer sérieusement le résultat négatif d'un séro-diagnostic pratiqué quatre mois après les accidents infectieux » (Remlinger).

La fièvre typhoïde, cette maladie si bizarre et si

inconstante dans ses complications aura, chez ce malade, provoqué l'atrophie du corps thyroïde comme elle frappe chez d'autres le système osseux ou les artères des membres.

D'ailleurs, depuis le travail de M. Thibierge nous savons que, dans un certain nombre de cas, on peut assigner nettement au myxœdème une origine infectieuse.

Comment expliquer cette forme scléreuse avec retentissement fonctionnel, de la thyroïdite typhique?

D'après MM. Roger et Garnier, ce seraient surtout les infections prolongées qui détermineraient des lésions interstitielles, les infections intenses, même de courte durée, provoquant plutôt des altérations cellulaires. Ils ont démontré qu'on peut facilement, par l'injection de microbes dans les artères thyroïdiennes reproduire toute la gamme des inflammations viscérales. Suivant la quantité de culture injectée et, surtout, suivant la virulence de cette culture, on obtient tous les degrés de la thyroïdite interstitielle (hémorragique, suppurée, avec sclérose). Chez l'homme on peut observer les mêmes types anatomo-pathologiques.

Nous avons déjà étudié les thyroïdites suppurées au décours de la fièvre typhoïde. Toutes les formes peuvent s'observer, bien qu'elles atteignent rarement la même intensité que dans les inflammations expérimentales où la dose et la virulence des cultures peuvent être graduées à volonté. La sclérose, entre autres, peut se développer chez l'homme au cours des infections les plus variées, pourvu qu'elles soient peu intenses ou qu'elles se prolongent. C'est probablement ce qui s'est

passé chez le malade de M. Remlinger dont la fièvre typhoïde a été très bénigne, se bornant aux symptômes d'un simple embarras gastrique fébrile. On peut aussi, à la rigueur, invoquer la prolongation de l'infection, car la seconde poussée thermique qu'a présentée ce malade était probablement due à une reprise de l'infection.

Ce cas de myxœdème post-typhique où l'infection, en atteignant le tissu interstitiel de la glande, a retenti sur ses fonctions, forme une transition naturelle entre les thyroïdites phlegmoneuses et les cas de goitre exophtalmique post-typhique, sans réaction bien apparente du côté du tissu conjonctif du corps thyroïde.

Car l'infection éberthienne, lorsqu'elle amène un trouble dans le fonctionnement normal du corps thyroïde, ne conduit pas forcément à une réduction de son activité fonctionnelle. Dans certains cas, au contraire, la sécrétion peut être notablement activée jusqu'à donner le syndrome de Basedow. A l'hypothyroïdation de l'organisme, nous devons donc opposer son hyperthyroïdation.

Les recherches consignées dans la thèse de Garnier et portant sur les altérations de la glande thyroïde dans les infections aiguës devaient déjà faire prévoir la possibilité de constater chez le vivant des troubles liés au fonctionnement exagéré de cette glande.

En effet, dans un cas d'infection par l'Eberth, en outre des lésions de phlébite avec thrombose et des lésions interstitielles caractérisées par des amas de cellules rondes indiquant déjà le début du processus sup-

puratif, cet auteur trouva des lésions attestant nettement l'excès de fonctionnement des éléments glandulaires spécifiques. « Le parenchyme était en état d'hypersecrétion manifeste. En certaines parties limitées de la glande, les vésicules étaient complètement revenues sur elles-mêmes remplacées par des éléments cellulaires, tandis que le tissu cellulaire voisin renfermait quelques traînées de matière colloïde. »

Nous devons même ajouter, au point de vue spécial qui nous occupe que, presque seules, les injections de bacille coli et de bacilles d'Eberth ont réussi à provoquer dans les glandes thyroïdes des animaux mis en expérience les lésions d'excitation sécrétoire et l'issue de la matière colloïde hors des vésicules.

En présence de ces faits, nous comprenons facilement que l'infection éberthienne en surexcitant la sécrétion spécifique de la glande thyroïde puisse entraîner une hyperthyroïdation de l'organisme, se traduisant par les symptômes classiques de la maladie de Graves.

On nous objectera peut-être que le goitre exophtalmique n'a nullement pour point de départ un trouble dans la sécrétion du corps thyroïde, mais sans vouloir discuter les nombreuses théories pathogéniques de la maladie de Basedow, nous sommes frappé de la faveur toujours croissante dont jouit la théorie qui rattache les symptômes de l'affection à un excès de fonctionnement du corps thyroïde. Pour nous, les faits de goitre exophtalmique post-typhique, comparés aux données anatomo-pathologiques et expérimentales, sont une preuve de plus en faveur de la théorie humorale.

Et cependant, si nous consultons les ouvrages classi-

ques, nous ne relevons jamais une maladie infectieuse et une dothiésentérie en particulier dans l'étiologie du goitre exophtalmique « Les seules lésions du corps thyroïde connues jusqu'en ces derniers temps, disent MM. Gilbert et Castaigne, étaient les thyroïdites infectieuses ne permettant d'établir aucun lien de cause à effet entre l'infection de la glande et le goitre exophtalmique et, si on relevait les observations de Rendu, de Praël, de Pilet-Flevet, de Chwostek montrant que les infections pneumonique, typhique, rhumatismale, syphilitique peuvent jouer un rôle dans le développement du goitre exophtalmique, on n'y attachait pas une grande importance et on classait cet ordre de cause immédiatement après les excès vénériens, les excès de travail physique et intellectuel. »

Comment expliquer ce silence des auteurs, sinon par la rareté extrême de cette complication après une maladie infectieuse et une fièvre typhoïde? Nous n'avons, en effet, pu trouver que deux cas de goitre exophtalmique consécutifs à une dothiésentérie. L'un est rapporté par MM. Gilbert et Castaigne, l'autre concerne un malade observé à l'hôpital militaire Desgenettes dans le service de M. le médecin major Benoit.

OBSERVATION IX

(Archives générales de neurologie 1900.)

B .., vingt-deux ans, originaire de la Loire, soldat aux batteries à cheval du 6^e régiment d'artillerie, entre à l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, le 18 septembre 1897, pour dothiésentérie classique, avec prostration, céphalalgie, bourdonnements

d'oreilles, épistaxis, éruption de taches rosées, séro-diagnostic positif. Mère rhumatisante, sujette à des bouffées de chaleur ; il dit avoir un oncle mort de mort subite, étouffé en courant après des bœufs échappés : cet oncle se plaignait de son cœur depuis plusieurs années, il ne pouvait se livrer qu'à de petits travaux. Grand'mère et tante affectées de goitre. Lui-même, à l'âge de seize ans, eut une première attaque de rhumatisme articulaire aigu, puis quelques accès de tachycardie avant sa maladie actuelle, toutes les fois qu'il montait à cheval. En 1891, il avait eu l'influenza ; vers la même époque, il fit une chute de 3 mètres de hauteur, qui n'eut pas de suite. Le 3 février 1897, il avait fait une première entrée à l'hôpital Desgenettes, où il avait été soigné jusqu'au 2 mars de la même année pour une attaque de rhumatisme compliquée d'endocardite, dont il ne resta aucune trace. Il eut alors un congé de convalescence.

Cette fièvre typhoïde suivit un cours très régulier, sauf que, pendant la convalescence, il s'établit une tachycardie tenace, allant au début jusqu'à 150 battements à la minute, puis oscillant entre 110 et 120.

Cette complication attira l'attention vers le 23 ou 24 octobre ; elle fut traitée par 4 grammes de bromure de potassium et des bains tièdes quotidiens d'une demi-heure, il n'y avait ni albuminurie ni hypertrophie du cœur. Le 10 novembre, le pouls est à 112, il fut commencé un traitement par un demi-milligramme d'atropine par jour et le surlendemain 12, on s'aperçut pour la première fois d'un léger tremblement des mains, les réflexes étant normaux.

Sa situation était en l'état, avec quelques palpitations par intermittence, et l'administration d'un peu de sulfate de soude, en raison de l'ancienne détermination rhumatismale sur le cœur, lorsque, le 29 novembre, en pleine convalescence de sa fièvre typhoïde, le malade attira l'attention sur son cou qui avait démesurément grossi, il ne pouvait pas boutonner le col de sa chemise. On constata, en effet, l'existence d'un goitre de volume modéré, souple, sans kystes, ne présentant aucun souffle à l'auscultation avec le stéthoscope, c'était une tuméfaction assez appré-

cialable, suivant la trachée dans les mouvements de déglutition. Il ne fut pas possible de savoir si B... avait quelque commencement de goitre avant la tuméfaction actuelle de sa thyroïde. Pas de douleur spontanée ou provoquée. Pas de réseau veineux superficiel. Aucun indice de fluctuation ni de ramollissement. Il persistait un tremblement oscillatoire très fin des mains, et on pouvait constater, en même temps, un éclat du regard très notable sans exophtalmie considérable. Les autres signes de la maladie de Basedow, signes de Graefe et de Mœbius, faisaient défaut ; mais le malade avait des bouffées de chaleur le surprenant subitement dans la soirée, et accompagnées quelquefois d'hyperthermie objectivement constatable. La mensuration du cou, en extension, donnait 43 centimètres de circonférence, à 8 centimètres au-dessus de la fourchette sternale.

Cet état demeura sans grande modification jusqu'au 9 février 1898 où le malade sortit de l'hôpital militaire Desgenettes pour aller en congé de convalescence de trois mois. Pendant ce temps, il fut possible de constater à diverses reprises l'émotivité anormale de B... qui, par exemple, s'affectait jusqu'au point d'en avoir les larmes aux yeux du départ d'un voisin de lit. De plus, il désespérait facilement de sa situation, disant qu'il avait toujours souffert de palpitations, mais que celles-ci s'étaient exaspérées depuis sa fièvre typhoïde, qu'il ne guérirait jamais, etc.

Le volume du goitre, malgré de nombreuses tentatives thérapeutiques, resta à peu près stationnaire. Le pouls persista également aux environs de 90-110 pulsations. Le cœur ne présenta jamais de signes d'affaiblissement ni de dilatation. Toutefois, surtout dans la période terminale de ce second séjour à l'hôpital, il s'établissait des intermittences perçues par le malade et quelquefois par le médecin qui n'étaient jamais bien tenaces et survenaient surtout le matin. De temps en temps de violentes crises de palpitations venaient, au dire du malade, compliquer ce tableau ; mais elles n'ont jamais été constatées objectivement.

Parfois un peu d'œdème pré tibial provoqué surtout par les efforts du malade pour marcher.

Le tremblement oscillatoire menu des mains persista jusqu'à

la fin du séjour de B... à l'hôpital. L'urine ne présenta jamais ni sucre ni albumine.

Le traitement varia à diverses reprises à cause de l'échec de toutes les thérapeutiques employées. Successivement B. fut soumis au régime des bains tièdes prolongés, avec 2 grammes de bromure de potassium par jour, puis 3 grammes d'iodure de potassium, à des badigeonnages de teinture d'iode, il fut également fait des applications locales de glace sur ce goitre et des lotions froides générales sur le tégument. Enfin, le 2 janvier, on institua le traitement par la glande thyroïde du mouton dont le malade absorba tous les jours deux lobes, sauf pendant une angine intercurrente. Ce traitement n'eut d'autre effet que de causer à B... un amaigrissement de 9 kilogrammes. C'est dans cet état que le 9 février 1898 il quitta l'hôpital pour aller en congé de convalescence de trois mois,

Pendant ce congé, il continua à se plaindre, dans les lettres qu'il nous adressa de la perte de forces et de ses palpitations. Il demanda et obtint une prolongation d'un mois.

Etant rentré à son corps le 8 juin, il dut revenir à l'hôpital pour une recrudescence de ses palpitations, amenée par quelques tentatives pour reprendre son service. Les symptômes basedowiens n'étaient guère atténués; les yeux étaient moins sail-lants, mais toujours très brillants; le tremblement vibratoire léger persistait: la circonférence du cou, mesurée dans les mêmes conditions que précédemment, était de 41 cm. 5. Le cœur légèrement amélioré était à 80; le pouls ample, sans intermittences. Pas de dilatation du cœur ni de souffle; pas d'œdème des pieds; bouffées de chaleur, sommeil conservé. Le 18 juin on s'aperçut que B... était porteur d'une blennorrhagie pour laquelle il fut évacué sur le service des deuxièmes blessés. Il en sortit le 24 août 1898.

A l'occasion d'un quatrième séjour de B... à l'hôpital pour rhumatisme articulaire aigu, nous pûmes examiner de nouveau B... qui déclara qu'il allait mieux. Les intermittences avaient disparu et les bouffées de chaleur avaient diminué. Le périmètre du cou était de 41 centimètres, mais le cœur était toujours très

rapide, 92 à la minute, et présentait un éréthisme notable. B... avait été installé dans les fonctions d'employé au réfectoire, et ne montait plus à cheval. Il fut libéré avec sa classe, en Octobre 1899.

OBSERVATION X

(Gilbert et Castaigne, *Société de biologie* 1899.)

Jeune fille, seize ans, n'ayant aucune tare névropathique héréditaire ni personnelle, fait à l'âge de quinze ans une fièvre typhoïde dont la période pyrétique dura trois semaines et dont la convalescence fut régulière. Dans les premiers jours qui suivirent l'apyrexie, la malade se plaignit de douleurs vagues dans la région du corps thyroïde et la mère constata une augmentation notable du volume du cou. Un mois après, les yeux devinrent brillants et étranges. En même temps, le goitre devenait nettement appréciable. A l'heure actuelle, et depuis plus de deux ans, la malade a tous les signes classiques de la maladie de Basedow.

Pour expliquer la rareté extrême du goitre exophtalmique à la suite de la fièvre typhoïde, il nous paraît vraisemblable de dire avec M. Garnier :

L'infection ayant amené de l'hypersécrétion colloïde, quand la glande résiste bien, cette hypersécrétion est bien supportée ; la thyroïde répare les dépenses que nécessite cette exagération des fonctions, ses cellules prolifèrent et l'épithélium détruit est constamment remplacé. Mais, dans des conditions spéciales, ou, par exemple chez un sujet incontestablement prédisposé par une hérédité neuro-arthritique, comme c'est le cas pour le malade de M. Benoît, il pourra en être autrement, la glande épuisée ne réagira plus norma-

lement et sécrétera de la matière colloïde anormale ou en trop grande quantité. Peut-être, en recherchant systématiquement dans les antécédents des Basedowiens trouverions-nous plus souvent le poison typhogène pouvant expliquer l'apparition du syndrome.

TROISIÈME PARTIE

DES LOCALISATIONS SUR LE CORPS THYROÏDE D'UNE INFECTION EBERTHIENNE ATYPIQUE (CLINIQUEMENT AFFECTION LOCALE)

Nous avons vu que, généralement, l'abcès thyroïdien apparaît pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde anormale, de sorte qu'on pourrait présumer son origine éberthienne sans le secours du microscope. Mais quelquefois, il n'en est rien. La thyroïdite apparaît pour ainsi dire en pleine santé sans que rien puisse faire prévoir sa nature typhique si l'on ne fait pas l'analyse bactériologique. Dans ces cas rares, il est vrai, la thyroïdite a été la seule manifestation extérieure de la maladie. Pas de dothiénerie ; pas de fièvre typhoïde classique ; une simple lésion locale avec quelquefois un peu d'embarras gastrique témoigne de l'infection du malade. Le fait suivant montre bien cette contribution apportée par le microscope à un diagnostic. Il s'agit d'un malade opéré à l'hôpital Desgenettes par M. Batut d'un abcès thyroïdien dans lequel M. le Médecin major Niclot a trouvé le bacille d'Eberth avec tous ses caractères.

OBSERVATION XI

(Due à l'obligeance de M. le médecin major Niclot.)

Dem... Célestin, jeune soldat du 22^e d'infanterie, âgé de vingt-deux ans, né à Voiron dans l'Isère, antérieurement cultivateur, entre à Desgenettes pour une affection aiguë du cou, à la première division de blessés, salle 6, lit 15, le 23 août 1899.

Son passé héréditaire est peu documenté : le père est mort pneumonique, la mère, le frère sont en bonne santé.

Les antécédents se résument en ceci : ils sont négatifs, même en ce qui concerne la fièvre typhoïde, sauf quant à l'existence déjà ancienne d'un goitre qui a subi une première poussée inflammatoire, à l'âge de treize ans : on appliqua de la teinture d'iode, une potion fut ordonnée et prise ; l'état aigu fut de courte durée.

Il y a un mois — notre sujet à cette date a neuf mois de service — survient une nouvelle tuméfaction de la région thyroïdienne, le lobe droit devient comme le poing, le malade entre à l'infirmerie de Montélimar — teinture d'iode, onguent mercuriel — puis à Desgenettes.

A ce moment, il semble que la tumeur ait un peu rétrogradé : la forme générale est un ovale correspondant au lobe de la thyroïde dont il s'agit. La peau est libre, de coloration normale à ce niveau, la pression douloureuse, il n'y a pas d'irradiation à distance, ni non plus de troubles circulatoires, respiratoires, pharyngiens, laryngiens à noter.

Cependant les extrémités seraient un peu cyanosées avec quelque tachycardie par instants : 84 pulsations sont cependant le chiffre moyen. Il n'y a rien à retenir du côté du système nerveux, des organes des sens, de l'appareil digestif : l'état général est bon, l'apyrexie constante.

18 juillet. — La peau rougit, s'œdématisé, la douleur augmente, une légère fièvre survient, le 20, ouverture de l'abcès ; le contenu est assez abondant, gris et bien lié, la fièvre tombe définitivement le 22.

L'examen de ce pus montre à l'état de pureté le bacille d'Eberth, caractérisé surtout par sa morphologie et sa biologie, ses réactions colorantes, ses cultures, bouillon phéniqué à 42 degrés, gélatine, gélose, pomme de terre, la non-coagulation du lait, le non-virage du milieu de Wurtz et du bouillon lactosé tournesolé, la non-production d'indol, la stérilité du bouillon arsenié, le pouvoir pathogène pour le cobaye avec mort par inoculation dans le péritoine, abcès par une inoculation dans la cuisse, et enfin l'agglutination par un sérum antérieurement vérifié, au 1/10 et au 1/30, très fortement.

Du reste, le séro-diagnostic fait le 26 chez le malade donne un résultat positif. Il s'est donc agi d'une strumite suppurée primitive à bacille d'Eberth ; il n'y a pas eu d'évolution intestinale, semble-t-il, la fièvre a été nulle jusqu'à la poussée suppurative. Le sujet, d'ailleurs, avait été mis au petit régime et non nourri à la diète.

Avant l'entrée, M. le médecin-major Francou, interrogé à ce sujet depuis, aurait cependant constaté un peu d'embarras gastrique. Notre homme conserve à sa sortie, le 23 août, un gros noyau induré à droite, de la grosseur d'une noix ; les fistules sont taries, l'état général est excellent.

Il nous paraît utile de rapprocher de cette observation la communication à la Société de Chirurgie en 1891, par Nicaise, du fait suivant de Kümmer et Tavel.

OBSERVATION XII (résumée)

(Société de Chirurgie, 1891)

Demoiselle de vingt-six ans, atteinte de dyspnée, entre le 20 octobre 1890 à l'hôpital Butini, à Genève, atteinte de goitre depuis l'âge de douze ans. Huit jours après son entrée, diarrhée et fièvre ; deux jours après, douleur au côté droit du cou et phéno-

mènes d'inflammation du corps thyroïde. Il augmente de volume à droite et est douloureux à la pression.

Les suites de l'inflammation engagent le Dr Kummel à pratiquer l'ablation. Les suites furent simples, la maladie guérit.

La portion de corps thyroïde enlevée présente deux kystes, l'un contenant de la matière colloïde hémorragique, le deuxième, plus gros, contient un liquide jaune paille trouble avec des cellules de pus en grand nombre et dans lequel M. Tavel a trouvé le bacille d'Eberth avec tous ses caractères.

M. Tavel avait déjà trouvé dans un cas de strumite consécutif à une maladie fébrile incertaine le bacille typique à l'état de pureté.

Ces thyroïdites ont apparu au cours de fièvres typhoïdes frustes, atténués, sans symptômes, ce qu'on a appelé le *Typhus levissimus*. Peut-être aussi a-t-on eu affaire dans certains cas, au *Typhus ambulatorius*, c'est-à-dire une dothiéntérie sans symptômes, mais avec des ulcérations intestinales pouvant donner lieu à des accidents redoutables.

Enfin, au sujet de ces infections éberthiennes anormales avec complications thyroïdiennes, nous devons rappeler le cas, observé par M. Laveran, d'un malade chez lequel la fièvre typhoïde fut bien diagnostiquée, mais elle suivit au lieu de précéder l'apparition de la strumite.

En présence de ces faits, il est permis de penser qu'un certain nombre de thyroïdites suppurées, sans cause connue et pour lesquelles l'analyse bactériologique n'a pas été pratiquée, ont eu pour agent pathogène le bacille d'Eberth.

CONCLUSIONS

I. L'infection éberthienne peut se localiser sur le corps thyroïde et occasionner des thyroïdites.

Ces thyroïdites s'observent le plus souvent sur un corps thyroïde antérieurement atteint de goitre. Ce sont donc des strumites, c'est-à-dire des goitres enflammés plutôt que des thyroïdites au sens propre du mot.

II. Dans la plupart des cas, la thyroïdite attaque le stroma conjonctif de la glande qui passe à la suppuration. Dans ce pus on peut observer le bacille d'Eberth seul ou associé à des agents d'infection secondaire. Dans un cas, le pus s'est montré stérile.

III. On connaît quelques cas de thyroïdites conjonctivo-vasculaires terminées par résolution sans avoir passé à la suppuration.

IV. La fièvre typhoïde peut aussi frapper la glande dans ses éléments nobles et provoquer le goitre exophtalmique ou le myxœdème.

V. Généralement les thyroïdites s'observent pen-

dant la convalescence d'une fièvre typhoïde déjà diagnostiquée. Il existe cependant quelques observations de thyroïdites à bacilles d'Eberth survenues chez un sujet n'ayant jamais eu de dothiéntenterie diagnostiquée. Dans ces cas l'infection éberthienne ne s'est pas révélée par d'autres symptômes que ceux de cette lésion locale.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE.
SOULIER.

Vu :

POUR LE DOYEN, L'ASSESEUR,
LACASSAGNE

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 16 décembre 1902,

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GABRIEL COMPAYRE

BIBLIOGRAPHIE

- BAATZ, Wien medic Presse, 1892, n° 43.
BAUCHET, Gazette hebdomadaire, 1857.
BASSO, thèse, Paris, 1892-93.
BENOIT, Archives de neurologie, 1900, n° 58.
BERTARELLI, Centralblatt für Bakteriologie, 1901.
CHANTEMESSE, Article fièvre typhoïde. Traité de médecine de
Charcot et Bouchard, 1891.
CHARVOT, Revue de chirurgie, 1890.
COLZI, Sperimentale, 1891.
DÉHU, thèse, Paris, 1892-93.
DUPRAZ, Archives de médecine expérimentale, 1892.
FORGUE, Archives de médecine et de pharmacie militaires, 1886.
GARNIER, thèse de Paris, 1899. •
GILBERT et CASTAIGNE, Société de biologie, 3 juin 1899.
JEANSELME, Archives générales de médecine, juillet 1892.
— Gazette des hôpitaux, 2 février 1895.
KOCHER, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie.
— Corresp. Blatt für Schw. Aerzte, 1892.
KUMMER et TAVEL, Revue de chirurgie, 1891.
NÉLATON, Pathologie chirurgicale.
NICLOT et BATUT, Médecine moderne, 1901.
PINCHAUD, thèse de Paris, 1881.
RASCOL, thèse de Paris, 1891.
REMLINGER, Archives de médecine et de pharmacie militaires,
1899.

ROGER et GARNIER, Société de biologie, 1^{er} octobre 1898.

ROUX, Lyon médical, 1888.

SANARELLI, Annales de l'institut Pasteur, 1892.

SCHUDMACK, et WLACHOS, Wiener klin. Woch., juillet 1900.

TESTEVIN, Archives de médecine et pharmacie militaires, 1899.

WOLFLER, Archiv. für klin. Chir., 1883.

